Über doppelte Urethralmündung beim Weibe.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

Dienstag, den 19. Dezember 1911, mittags 12 Uhr

öffentlich vortragen wird

Carl Schild
prakt. Arzt
aus **Hannover.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1911.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg.

Referent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **J. Veit.**

Schmidt
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544726_0145

Die Stellmacherfrau W. K. suchte am 7. XI. 11 die gynäkologische Klinik wegen Blutungen und Schmerzen im Unterleib auf.

Die Anamnese ergab: Patientin hat nach ihren Angaben als Kind im Alter von 9 Jahren mehrere Wochen eine schwere Erkrankung an Masern durchgemacht, die dadurch kompliziert waren, daß beiderseitige Mittelohreiterungen sich einstellten, die mehrere Wochen anhielten. Die anfänglich noch bestehende Schwerhörigkeit hat sich aber mit der Zeit gebessert. Außerdem hat sie auf der Hornhaut des rechten Auges als Kind ein Geschwür gehabt, die Sehkraft auf diesem Auge soll ziemlich herabgesetzt sein. Sonst hat sie bis zu ihrer Verheiratung, die vor 2 Jahren erfolgte, keine weiteren Krankheiten gehabt. Vor zirka $^5/_4$ Jahren, am 22. August 1910, wurde sie durch Zange von einem gesunden Kinde entbunden, angeblich wurde die Zange angelegt wegen Wehenschwäche. Vor Anlegen der Zange wurde die Frau katheterisiert, die Operation selbst verlief glatt bis auf einen kleinen seitlichen Riß im Damm, der vom Arzt prophylaktisch ausgeführt sein soll und sofort genäht wurde. Wochenbett verlief normal bis auf Beschwerden beim Wasserlassen, die sich bald nach der Geburt einstellten, in häufigem Drängen zum Wasserlassen, Brennen und Schneiden beim Urinieren sich äußerten und zirka $^1/_4$ Jahr anhielten. Ärztlich behandelt ist sie damals nicht. Lues ist angeblich nicht vorhanden

gewesen, zeitweise will sie aber seit ihrer Verheiratung an starkem Ausfluß gelitten haben.

Zur Zeit ist die Regel seit 1. Juli, also seit zirka 4 Monaten, fortgeblieben; vor 8 Tagen stellten sich aber Blutungen mit Schmerzen im Unterleib ein, die Patientin veranlaßten, in der Frauenklinik Hilfe zu suchen.

Die Untersuchung ergibt folgendes:

Zur Zeit, wohl infolge größerer Blutabgänge, etwas anämische, gräzil gebaute, mittelgroße Person. Untersuchung der Brustorgane ergibt normalen Befund, auf rechtem Auge, dessen Sehkraft ziemlich herabgesetzt ist, nasalwärts ziemlich breiter Pannus von Conjunctiva zur Cornea ziehend.

Vulva etwas gerötet, aus der Scheide entleert sich Blut. Uterus weich, retrovertiert entspricht in Größe ungefähr 10. Woche. Cervix geschlossen, Adnexe frei. In der Vulva wird noch ein bemerkenswerter Befund festgestellt, den ich weiter unten genauer beschreiben will. Oberhalb der Harnröhrenmündung, die sich an normaler Stelle befindet, zeigt sich noch eine zweite Öffnung von ungefähr gleicher Größe, die ebenfalls in die Urethra führt. Frau wurde in die Klinik aufgenommen zur eventuellen Einleitung der Frühgeburt.

9. XI. Frau blutet stärker, Einleitung des Aborts beschlossen.

10. XI. Spülung der Scheide mit Alkohol, Sublimat. Cervixdilatation auf Hegar 8. Einlegung eines Laminariastiftes und Tamponade mit Vioformgaze.

11. XI. Dilatation des Cervixkanals auf Hegar 18, Fötus wird mit Hakenzange stückweise entfernt, die Placenta gelöst und exprimiert, heiße Solveolspülung.

13. XI. Verlauf wie bisher fieberfrei.

15. XI. Patientin steht auf.

17. XI. Wird auf ihren Wunsch entlassen, keine Schmerzen, keine Blutungen, Muttermund geschlossen, Uterus retrovertiert, gut kontrahiert. Die II. Harnröhrenöffnung macht der Frau keine Beschwerden.

Der genauere Befund der II. Harnröhrenöffnung, von der sich leider nicht feststellen läßt, ob sie schon früher bestanden hat oder erst nach der Zangengeburt im vorigen Jahr auftrat, ergibt: Zu beiden Seiten der an normaler Stelle befindlichen Harnröhre befinden sich 2 kleine Vertiefungen, in deren Grunde Öffnungen sichtbar sind, die stecknadelkopfdicke Sonde eben etwas eindringen lassen; ungefähr 4 mm oberhalb der Harnröhre in der Mittellinie sieht man eine weitere Öffnung, die an Größe ungefähr der Harnröhrenmündung entspricht, beim Anblick sogar etwas größer imponiert, da die Öffnung ein wenig klafft, sie ist muldenförmig, der Rand ein wenig starrer. Ein gewöhnlicher weiblicher Glaskatheter läßt sich leicht einführen, der kurze Gang, in den man gelangt, läuft ungefähr der vorderen Urethalwand parallel und mündet ½ cm höher mit weiter Öffnung in die Vorderwand der Urethra. Die Öffnung und der kurze Gang zeigen glatte Schleimhaut. Der Harn wird zur Hauptsache aus der normalen Harnröhre entleert, bei starkem Drängen kommt aber auch Flüssigkeit aus der oberen Öffnung. Bei künstlichem Verschluß der Urethra wird Harn aus der oberen Öffnung entleert. Der Katheter gelangt leicht durch beide Öffnungen zur Blase.

Bei der Erklärung dieses Falles scheint es mir sich nur darum handeln zu können, daß ein ulzerativer Prozeß

oder eine Mißbildung der Harnwege herangezogen werden darf. Als ulzerativer Prozeß kommt in Frage ein solcher, der mit den Geburtsvorgängen in irgend einem Zusammenhang steht; es kann sich hierbei nur um eine Ulzeration handeln, welche beim Katheterismus zu einem falschen Wege geführt hat oder um eine solche, welche durch eine Zangenverletzung entstand und nicht wieder zur Heilung kam. Veranlaßt könnte diese sein durch Druck des Schädels oder der Zange gegen die Clitorisgegend. Verletzungen im Vorhof zwischen Clitoris undHarnröhre entstehen gewöhnlich dadurch, daß das Hymen radiär einreißt und der Riß sich bis gegen die Clitoris fortsetzt oder dadurch, daß der Kopf mit großer Gewalt nach aufwärts tretend sehr stark gegen die Schleimhaut dieser Gegend drückt, dies kann bedingt sein durch einen sehr straffen Damm, unrichtig ausgeführten Dammschutz und endlich wohl am häufigsten durch fehlerhaftes zu frühes Heben der Zange bei der Extraktion oder gar durch Abgleiten der Zange, zumal bei vorhandenem starken Ödem oder Varizen, stellenweise wird auch eine am os. pub. befindlichen Exostose, die hier nicht vorhanden ist, als derartige Komplikationen veranlassend, angesehen.

Ulcera der Harnröhre sind mehrfach beschrieben worden, veranlaßt durch Lupus, diphtherische, gonorrhöische, tuberkulöse, luetische Erkrankungen, auch durch äußere Gewalt und Druck können ulzerative Prozesse hervorgerufen werden, die in der Tiefe bis zur Arrodierung der Harnröhrenwand führen.

Nur nebenbei will ich erwähnen, daß durch rücksichtslose Cohabitationsversuche bei hartem Hymen ulcera neben der Harnröhre und starke Dilatation der Harnröhre her-

vorgerufen wird, ebenso durch Sturz auf das Becken, Pfählungen, durch Beckenfrakturen. Die merkwürdigsten Verletzungen mit Ulzerationen kompliziert sollen bei russischen Sectierern, z. B. den Scoptzen, vorkommen.

Im IV. Jahrgang der Charitéannalen veröffentlicht Schroeder mehrere Fälle von chronischen Ulzerationen in der Gegend der äußeren Harnröhrenmündung, die sich dadurch charakterisieren, daß sie, vielleicht ausschließlich, jedenfalls ganz vorzugsweise auf luetischer Basis entstehend von hartnäckiger Dauer sind, sehr schwer heilen und eine außerordentlich große Neigung zum Rezidivieren haben.

Fall 1.

W. K., 35jährig, im 13. Lebensjahre Typhus, 1 partus, seit 10 Jahren puell. public., wegen Gonorrhoe vor einigen Jahren in klinischer Behandlung. Mit 33 Jahren bemerkte sie ein kleines Geschwür, das an Ausdehnung allmählich zunahm und durchaus keine Tendenz zur Heilung hatte. An Stelle der Urethralmündung ist ein tiefes, trichterförmiges Geschwür mit speckigem Belag, welches bis an die kleinen Labien hinanreicht und dort von einem unregelmäßigen, induriertem und gerötetem Saum umgeben ist. In der Medianlinie gelangt man unterhalb der Symphyse in einen Divertikel, welcher zuerst glauben macht, daß man es mit einem erhaltenen Teil der Urethra zu tun hat. Sie ist aber vollständig zerstört und man gelangt unterhalb der Absenkung mit dem Finger in die Blase. Der Bulbus urethrae war durch die Ulzerationen des Zellgewebes stark gelockert und beträchtlich herabgesunken.

Fall 2.

23jährige Prostituierte, die bis vor 2 Jahren stets gesund gewesen sein will, seit dieser Zeit stellten sich Beschwerden beim Urinlassen ein, die sich hauptsächlich in Schmerzen äußerten. Seit 1 Jahr besteht Amenorrhoe.

Zeichen von Lues sind bei der sehr anämischen Patientin nicht vorhanden. An den großen Schamlippen befindet sich eine beträchtliche, harte Anschwellung, so daß dieselben als prall gespannte Geschwülste aneinander liegen und so einen dichten Verschluß der Vulva bilden, beim Auseinanderdrängen derselben fließt sofort Urin ab. Die kleinen Labien sind ebenfalls etwas hypertrophisch. Der Bulbus urethrae ist herabgesunken, die Harnröhre tief ulzeriert und man gelangt mit Leichtigkeit mit dem Finger in die Blase. Der Harn kann nur beim Liegen kurze Zeit gehalten werden und fließt beim Stehen spontan ab.

Fall 3.

J. M., 28jährige puell. publ., erkrankte vor 3 Jahren an Syphilis und hat seit dieser Zeit 3 Schmierkuren durchgemacht, ist einmal subkutan behandelt und hat 2mal Jodkali gebraucht.

Beide großen Schamlippen sind dick gewulstet, die kleinen in ihrer oberen Hälfte ebenso die Clitoris. Der introitus vaginae ist durch hypertrophische Karunkel von traubiger Gestalt verlegt. Die Urethra ist durch Verschwärung vollständig zerstört und bildet eine Querspalte. Die Geschwürsfläche ist glatt glänzend zum Teil mit speckigem Belag. Man gelangt mit dem Finger leicht in die Blase. Der Urin kann gehalten werden.

Fall 4.

A. T., 24jährig, seit 16 Jahren regelmäßig menstruiert, einmal geboren, seit einem Jahr syphilitisch. Die Harnröhre ist weit klaffend, zerfressen, im Innern belegt mit graugelben, eitrigen Belag. Die Umgebung ist ringförmig induriert, durch unregelmäßige Vernarbung perlschnurartig. Hinter dem Orific. ext. erweitert sich die urethra sackförmig und verengt sich wieder am Oref. int. Man kann mit dem Finger in die Blase dringen. Der Urin wird nur im Liegen gehalten, fließt beim Stehen ab.

Fall 5.

B. G., 43jährige Tischlerfrau, unter polizeilicher Aufsicht, 4 partus lebender Kinder, vor 7 Jahren antiluetische Kur. Vor 5 Jahren letzter partus, seit dieser Zeit will sie zeitweise Schmerzen in der Harnröhre empfunden haben. Seit 2 Jahren bestehen periurethrale Geschwüre.

Harnröhrenwulst stark herabgesunken und zum Teil seines Epithels beraubt. Die Harnröhre umgibt bis zur Clitoris hinauf und rechts und links bis an die kleinen Labien ein hochrotes Narbengewebe, welches noch einzelne frischere Granulationen von Linsengröße in der Mitte zeigt. Der Eingang in die Urethra ist durch neue Ulzerationen angenagt und hat gelbeitrigen Belag. Die Länge der Urethra ist verkürzt, keinerlei Harnbeschwerden.

Fall 6.

L. S., 32jährige, verheiratete Prostituierte, 5 partus darunter 2mal Abort, will vor einem Jahr wegen Condylomata acuminata auf der syphilitischen Abteilung der Charité gewesen sein, Infektion mit Lues leugnet sie, seit

erst 3 Wochen will sie Geschwüre in der Nähe der Harnröhre verspürt haben. Beschwerden beim Urinlassen bestanden nicht.

Die Schleimhaut der Urethra ist knopfförmig aus der äußeren Öffnung hervordrängt, prolabiert und von einzelnen flachen Ulcerationen mit narbigen Rändern besetzt. Umgebung gerötet.

Fall 7.

L. S., 24jährige, verheiratete puella publ., 2 normale Geburten, gibt zu, spezifisch erkrankt gewesen zu sein. Auf Stirn und Kopfhaut besteht noch ein syphilitisches Exanthem. Seit 2 Monaten Schmerzen beim Urinieren.

Die obere Wand der Harnröhre ist durch zum Teil noch granulierende Ulzerationen von dem periurethralen Zellgewebe abgelöst. Das Orificium urethrae steht wesentlich tiefer als normal und ist von wallartigen Wucherungen so verdeckt, daß die Einführung eines Katheters nicht sofort gelingt.

Fall 8.

M. W., 26jährige Dirne, die mehrfach wegen Lues in Behandlung gewesen, bemerkt seit 4 Wochen Geschwür an der Harnröhre, das für Berührungen sehr empfindlich ist.

Die Urethra hat sich in ihrer bindegewebigen Umgebung gelockert, springt knopfförmig vor und ist entzündlich gerötet, die Schleimhaut der Harnröhre ist intakt. Die untere Harnröhrenwand ist vom Bulbus getrennt durch frischere Ulzerationen, nach links verlaufen leichte Narbenstränge.

Fall 9.

J. W., 24jährige puella publ., 2 partus normal, seit 6 Jahren wegen Lues in Behandlung. Das Orificium urethrae erweitert, von roten wallartigen Rändern umgeben; links ein kleiner Schleimhautverlust. Hinter dem Orif. ext. kommt man in eine weite Höhle, in der die Schleimhaut vollständig zerstört ist. Rechts und vorn stößt ein zungenförmiger Zapfen vor.

Wenn, wie ich oben schon erwähnte, das wahrscheinlichste ist, für diese Öffnung, die bei flüchtiger Untersuchung oder bei schlechter Beleuchtung ohne weiteres als Urethralmündung angesehen werden könnte, eine ulzerative Veranlassung anzunehmen, so sind doch in der Litteratur auch mehrere Fälle von Doppelbildungen der Urethra auch in ihrem unteren Drittel, Divertikelbildungen, die eventuell nach außen durchgebrochen sein könnten, ja auch Abscedierungen der paraurethralen Gänge beschrieben, die wohl ein ähnliches Bild vortäuschen könnten. Stoeckel schreibt im Handbuch für Gynäkologie von J. Veit, daß diese paraurethralen Gänge sehr leicht beim Katheterisieren mit der Harnröhre verwechselt werden könnten. Ich gebe zunächst eine anatomische Beschreibung dieser Gänge, wie ich sie bei Waldeyer, Kölliker und F. Keibel und F. P. Mall gefunden habe. Hieran werde ich einige Fälle von Erkrankungen dieser Gänge anschließen und zum Schluß noch einige Fälle von Doppelbildungen der Urethra aus der Literatur beifügen.

Waldeyer.

Die Urethralmündung liegt auf einem nach vorn gerichteten, rundlich kegelförmigen Vorsprunge, der papilla

urethralis; sie nimmt entweder die Mitte dieser Papille ein oder liegt etwas nach vorn auf derselben. Selten ist die Urethralpapille glatt, meist finden sich verschiedene kleine Grübchen, Leistchen und zipfelförmige Anhänge, letztere häufig zu zweien am hinteren Umfange der Urethralmündung vor. Die Leistchen und Zipfel hängen durch die Öffnung hindurch mit den Falten der Urethralschleimhaut zusammen. Links und rechts auf der Harnröhrenpapille, dicht am hinteren Umfange der Harnröhrenmündung oder meist noch in der Lichtung der Harnröhre an ihrer hinteren Wand unmittelbar oberhalb ihrer Mündung, finden sich 2 etwa stecknadelkopfgroße Öffnungen, welche in je einen 0,5—2, höchstens 3 cm langen Gang führen, ductus paraurethrales.

Selten werden diese Gänge und ihre Mündungen vermißt. Sie finden sich von der fötalen Periode an bis zum höchsten Lebensalter.

Hinter den etwa 1 mm starke Sonden fassenden Öffnung werden die Gänge meist etwas weiter, sie gehen in den submukösen Venennetze der Harnröhrenwand entlang, entsprechend den beiden seitlichen Längswülsten der Schleimhaut (Schüller), sie stellen Ausführungsgänge größerer schlauchförmiger Drüsenkomplexe dar, welche zu den Drüsen der Harnröhre gehören. Waldeyer hält sie für Homolage der beiden größeren von Henle beschriebenen Prostatagänge des Mannes, rechnet also die zugehörigen Drüsenschläuche zu den prostatischen Gebilden der weiblichen Harnröhre. Zuweilen fand Schüller noch einen III. Gang in der hinteren Mittellinie.

Kölliker.

Außer den drüsenähnlichen Lakunen, welche in die Harnröhre münden, finden sich, worauf zuerst Skene hinwies, paraurethrale, verzweigte Gänge, welche selbständig neben der äußeren Harnröhrenmündung sich öffnen. Diese Gänge (ductus paraurethrales) haben, wie Oberdieck nachwies, denselben Bau wie die lakunären Gänge der Harnröhre, sie kommen in wechselnder Ausbildung vor und können über 1 cm lang sein.

F. Keibel und F. P. Mall.

Die Prostata wird bei beiden Geschlechtern angelegt, sie besteht in der ersten Anlage aus einzelnen voneinander unabhängigen Drüsen, welche in das umgebende dichtere Mesenchym einwachsen. Durch Ausbildung glatter Muskelfasern und dichter Bindegewebsstränge grenzt sich beim männlichen Embryo später dieses Mesenchym gegen die Umgebung ab und faßt so die einzelnen Drüsen zur Prostata zusammen; beim Weibe bleibt die Entwicklung glatter Muskelfasern und dichter Bindegewebszüge aus, es stellen deswegen die Prostataschläuche isolierte Gebilde dar. Die erste Anlage der Prostatadrüsen hat Keibel bei einem männlichen Embryo von 55 mm Länge, bei weiblichen bei 50 mm Länge gefunden.

Die Maximalzahl der angelegten Drüsen beträgt 26. Beim weiblichen Embryo werden wenig Drüsen gebildet, Keibel hat in maximo 3 Anlagen gezählt, sie können zur Ausbildung kommen und werden dann als Skenesche Gänge oder als ductus paraurethrales bezeichnet.

Hieraus ergibt sich also. Neben dem Lumen der Urethra findet sich eine wechselnde Zahl paraurethraler Gänge,

die als Analogon der männlichen Prostata aufgefaßt werden müssen. Sie befinden sich besonders im vorderen Harnröhrendrittel, viele münden direkt am Saume der Harnröhrenmündung, einige auch in den beiden taschenartigen Vertiefungen, die links und rechts neben der Mündung gelegen sind. Diese Taschen können nach Stoeckel so tief sein, daß der Untersucher nach Auseinanderspreitzen der kleinen Labien 3 Harnröhrenmündungen zu sehen meint. Irrtümer beim Katheterismus infolge Verwechslung einer dieser Taschen mit der Urethra passieren Unerfahrenen sehr häufig und sind für die Patienten infolge der durch das vergebliche Bohren entstehenden Schmerzen unangenehm. Die beiden größten paraurethralen Drüsen wurden, wie schon oben (unter Kölliker) erwähnt, zuerst von Skene beschrieben. Sie liegen meist symmetrisch und münden gewöhnlich unmittelbar hinter dem Saum des Orificium ext. Nach Stoeckel sollen die Skeneschen Drüsen die Aufgabe haben, ein die Harnröhre schützendes Sekret zu liefern. Sie sollen in der Gravidität hypertrophieren, sich in puerperio involvieren und im climacterium atrophieren. Sie sollen durch Schleimhautlappen nach dem Harnröhrenlumen abschließbar sein. In seltenen Fällen fänden sich 3 oder nur eine Skenesche Drüse.

Daß diese Drüsen besonders zur Infektion durch Gonorrhoe neigen, ist nach Bumm (Handbuch für Gynäkologie, J. Veit) eine längst bekannte Tatsache. Schon Astruc (1755), welcher die deutlich neben der Harnröhrenmündung gelegenen Lakunen richtig Homologe der Prostatadrüsen des Mannes nennt, hat ihre Erkrankungen gleichzeitig mit der blennorrhöischen Bartholinitis geschildert und zugleich noch in einer Fußnote erwähnt, daß

bereits Régnier de Graaf gezeigt habe, daß die prostatischen Drüsen und Lakunen der Urethra gonorrhöisch erkranken und bei gesunder Scheide und Gebärmutter Ansteckung hervorrufen könnten. Später habe A. Guérin unter der Bezeichnung Blennorrhagie folliculaire préuréthrale die häufige Erkrankung der Drüsen ausführlich geschildert.

Besonders bedeutungsvoll werden diese drüsigen Gebilde also dadurch, daß sich in ihnen der gonorrhöische Entzündungsprozeß fortsetzt und so zur unversiegbaren Quelle wird für Reinfektion der eventuell schon geheilten Schleimhautflächen der Urethra bezw. für Infektion anderer Personen. Sowohl im akuten als im chronischen Stadium können infolge Einschmelzung der Drüsen und ihrer bindegewebigen Umgebung paraurethrale Abscesse entstehen ,welche selten größer als ein Kirschkern werden. Sie ragen, wenn sie nahe dem meatus sitzen, als rote sehr empfindliche Knoten hervor und brechen entweder in die Harnröhre oder gegen die Vulva oder Schneide durch.

Fellner hat einen längeren Aufsatz veröffentlicht über die Entstehung der Skeneschen Drüsen und folgende Fälle von gonorrhöischer Infektion derselben.

Fall I.

25jährige Frau, welche bereits 2mal geboren hat, starker fluor, der angeblich seit ½ Jahr besteht, nahezu kompleter Dammriß. Urethrocystitis chronica. Zu beiden Seiten der Urethra fanden sich die auch sonst sehr häufig vorkommenden Nischen besonders deutlich ausgeprägt und waren nach unten zu von einem queren, mächtig hervorspringenden, halbmondförmigen Hautrücken begrenzt.

Beide Nischen setzten sich in Kanäle fort. Links konnte die Sonde ½ cm rechts eine 3 mm breite Sonde 2 cm tief eindringen. Aus dem rechten Gang entleerte sich auf Druck Eiter, welcher neben vereinzelten Streptokokken massenhaft Gonokokken enthielt.

Fall II.

27 jährige Patientin, erster partus vor 4 Jahren, fieberhaftes Wochenbett, zweiter partus vor 7 Monaten, kommt in Behandlung wegen beiderseitiger Eierstockentzündung und retroflexio fixata uteri. Befund ergab außerdem mäßigen fluor, welcher seit der II. Entbindung bestehen soll und außerdem urethritis chronica, keine Gonokokken. Als Patientin nach 5 wöchentlicher Behandlung aufs Land ging zur Erholung, waren die krankhaften Erscheinungen geschwunden. 4 Monate darauf kam Patientin wieder in Behandlung, klagte über Fluor und Brennen beim Urinieren. Die Urethralmündung stellte einen schmalen Spalt dar und war durch einen leicht prominenten Tumor etwas nach links verschoben. Der Urethralwulst war rechts breiter als links. Die Vorwölbung erstreckte sich nach rechts und oben fast bis an die kleinen Schamlippen und überragte nach unten kaum die untere Begrenzung der Urethralmündung. Schon auf Druck sah man aus einer feinen, von stark geröteten und gewulsteten Rändern umgebenen Öffnung, die unten und rechts von der Mittellinie lag, knapp hinter dem Orif. Eiter hervorquellen, in dem sich vereinzelt Staphylokokken, massenhaft Gonokokken befanden. Nur bei stärkerem Druck hatte Patientin geringe Schmerzen, sonst deuteten keinerlei Beschwerden auf diesen Tumor hin. Außerdem bestand eine hochgradige Urethrocystitis

Die Diagnose lautete auf Pseudoabsceß der rechten Skeneschen Drüse.

Fall II.

Patientin leidet an Kolpitis und Urethrocystitis subacuta gonorrhoica und außerdem fand sich ein maulbeergroßer Absceß der rechten Skeneschen Drüse. Im ausgedrückten Eiter nahezu eine Reinkultur von Gonokokken. Nach 3 Wochen verließ Patientin die Behandlung aus persönlichen Gründen, da ihre fest behauptete Virginität bezweifelt wurde. Interessant ist es, daß Patientin von dem Arzt, den sie aufsuchte, für gesund erklärt wurde, es geht daraus also hervor, daß dergleichen Abscesse bei nicht gründlicher Untersuchung, zumal wenn sie gerade entleert sind, leicht übersehen werden.

Außer diesen 3 Fällen, wo sich Abscedierungen der Skeneschen Gänge infolge Infektion mit Gonokokken gebildet hatten, berichtet Fellner an selber Stelle über einen Absceß der rechten Skeneschen Drüse, veranlaßt durch Infektion mit Bacterium coli.

25jährige virgo intacta, hysterica mit mäßiger Schwellung beider Adnexe einer geringen Abknickung des untersten Teils der sehr langen Portio hatte einen so kopiösen Ausfluß, daß in den Taschen hinter dem sehr hohen Hymen ganz beträchtliche Massen eingedickten Sekretes vorhanden waren. Außerdem Urethrocystitis chronica und ein etwa kirschkerngroßer Absceß der rechten Skeneschen Drüse. Beides machte der Patientin keinerlei Beschwerden. Im Eiter wurde wiederholt Bacterium coli nachgewiesen.

Schüller spricht von Katarrhen der paraurethralen Gänge, die besonders im Puerperium und bei entzündlichen

Prozessen der Harn- und Geschlechtsorgane vorkommen, und von Ulzerationen in der Umgebung der Mündung. Bei syphilitischen, oft auch bei anderen Individuen fand er Narben im Bereich der Kanäle. - Die Ulzerationen können die Kanäle ganz zerstören, das Narbengewebe kann, wenn es oberflächlich ist, den Gang klaffend halten ; ist es tiefer, so folgen Verengerungen und Obliterationen. Der hinter solchen befindliche Rest des Ganges kann cystisch erweitert werden.

De Bary erwähnt 2 derartige Fälle.

Im Fall I handelt es sich um eine 23jährige Frau, die zur Sektion kam, nach Sektionsprotokoll fand sich chronische Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens, kombiniert mit parenchymatöser und interstitieller Nephritis, als Ursache wurde eine prallgefüllte Cyste von Gänseeigröße angesehen, welche in dem Gewebe zwischen Harnröhre und der Schleimhaut der Vagina ihren Sitz hatte, unmittelbar hinter der Mündung der Urethra begann und sowohl diese kompromierte als auch mit halbkugeliger Oberfläche die Scheidenwand vorgewölbt hatte. Die Wand der Cyste war dünn, beim Einschneiden entleerte sich glasiger, zäher, farbloser Inhalt. Trotz sorgfältiger Untersuchung ließ sich ein Zusammenhang mit Urethra oder Scheide nicht nachweisen, speziell die Harnblase und Urethra waren frei von Divertikelbildungen.

Im zweiten Fall berichtet de Bary über 1 einjähriges Kind. In der Schamspalte befand sich eine fluktuierende weiche Geschwulst von ellipsoider Gestalt und einem Längsdurchmesser von zirka 3 cm. In der unmittelbarsten Nähe des Orificium ext. urethrae ist die Geschwulst

fixiert und hängt von der hinteren Harnröhrenwand ausgehend von dieser Stelle nach unten herab, sodaß der ganze untere Teil der Spalte von vorn gesehen durch sie verdeckt ist. Hinter der Geschwulst gelangt die Sonde in die völlig normale nur dicht hinter der Ansatzstelle der Neubildung etwas erweiterte Scheide - Cyste sieht blutig rot aus, scheint stellenweise etwas maceriert und zeigt vorher stattgefundenen Repositionsversuchen entsprechend Blutungen. Geschwulst wurde mit einem Ecraseur exstirpiert, die nach unten gezogene Geschwulst nebst einem kleinen nach außen von ihrem Ansatz gelegene Stück der Harnröhrenmündung entfernt. Bei der Inzision in die Geschwulst entleerte sich eiterartig aussehende Flüssigkeit. Heilung verlief rasch.

Josephson berichtet im Zentralblatt für Gynäkologie über eine 34 jährige III para, die seit der letzten Entbindung an Dysurie leidet. Sie hat cystischen pflaumengroßen Tumor im Septum urethrovaginale, der mit einer feinen Fistel in Verbindung mit der rechten Urethralwand steht. Verfasser spricht den Tumor als ein Cystadenom, gebildet durch Proliferation eines embryonalen Restes des Wolffschen Ganges, an. Durch die Eröffnung in die Urethra ist ein falscher Urethraldivertikel gebildet worden. Ein Fall von Urethrocele. Es ist aber wohl nicht unmöglich, daß es sich in diesem Fall im Sinne Schüllers um einen cystisch erweiterten paraurethralen Gang gehandelt hat. Vielleicht lassen sich so auch manche als Urethraldivertikel geschilderten Fälle erklären.

Doppel- bezw. Mißbildungen der Blase, Urethra etc. sind von Boije, Peau, Stretton, Fürst, Lavaux und Macdonald beschrieben worden. In einigen Fällen

waren 2 völlig getrennte Harnröhren vorhanden, in anderen war nur der vordere Harnröhrenabschnitt doppelt angelegt, sodaß eine Gabelung der Urethra bestand.

Der von Heinsius in der gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin demonstrierte Fall, betraf nach Stoeckel eine in ihrem äußeren Drittel verdoppelte Urethra.

Die äußeren Mündungen der beiden Harnröhrenmündungen liegen gewöhnlich neben oder hintereinander, das Ostium der accessorischen Urethr ist gelegentlich stenosiert, die Urethra selber divertikelartig dilatiert bezw. in ein Blasendivertikel endigend.

Macdonald erwähnt einen Fall von Bifurcation der weiblichen Urethra mit völliger Inkontinenz. Die II. Mündung lag hinter der normalen Urethralmündung an der Vorderwand der Scheide und führte als trichterförmiger Kanal in die Scheide.

Das der Leiche eines jungfräulichen Individuums entnommene Präparat, über welches Fürst im Archiv für Gyn. 1876 berichtet, befindet sich in der Sammlung des pathologischen Instituts zu Leipzig und bietet folgende Verhältnisse. Betrachtet man von hinten die vordere Blasenwand, so sieht man auf den ersten Blick nur die einfache Urethralmündung. Allein bereits 0,3 cm von dieser entfernt beginnt die bis dahin einfache Urethra sich gablig zu teilen und zwar derart, daß ein feines Septum ziemlich genau von rechts nach links den Hohlraum der Harnröhre in eine vordere und eine hintere Hälfte trennt, die alsdann durch ein an Breite zunehmendes Septum immer weiter von einander abweichen, sodaß sie im Vestibulum vaginae durch einen Zwischenraum von 0,7 cm von einander geschieden einmünden. Dabei machen beide Harnröhren eine derartige

Drehung, daß die oben vorngelegene sich nach rechts begibt, während diejenige, die in der Blasenregion die hintere gewesen war, ihre Vaginalmündung links von der anderen hat. Hierbei ist zu bemerken, daß die nunmehr linke Urethra mit 0,5 cm Kaliber genau in der Medianlinie der Scheide mündet, die rechte aber rechts von der Medianlinie mit nur 0,3 cm Kaliber. Die Länge der gesamten Harnröhre einschließlich des oberen einfachen Teils beträgt 2,5 cm. Die beiden Urethramündungen liegen 2,9 cm oberhalb des Freuulum clitoridis.

Anna L., 30jährig, primipara, wurde am 6. IV. 85 von Geburtswehen überrascht. Der Befund war nach Engel (Archiv für Gyn. Bd. XXIX) folgender sehr interessanter: In der Mitte der Schamspalte ragt eine glänzende, mit weißer Epidermis bedeckte hühnereigroße Geschwulst hervor, welche sich nach oben in die haarlose Mitte des Schamhügels fortsetzt. Wenn man die weiche, leicht zusammendrückbare Geschwulst etwas erhebt, so bemerkt man zwischen ihrer nach unten sehenden Oberfläche und zwischen der Öffnung des Mastdarms, also dem Damm entsprechend, eine 3 cm lange und breite sammetartige feine Schleimhaut, welche nach hinten bis zur Mastdarmöffnung sich erstreckt. Rechts und links von der Geschwulst findet sich jederseits ein Scheideneingang, deren jeder von außen – also auf der Schenkelseite – von einer gut entwickelten, mit derben Haaren bedeckten großen Schamlippe begrenzt wird. Die Geschwulst macht den Eindruck als wäre sie aus der Verwachsung der zwei inneren großen Schamlippen entstanden.

Beiderseits mit gut entwickelter Vorhaut umgebene Kitzler und daraus entspringende kleine Schamlippen.

Die inneren kleinen Schamlippen sind gleichsam auf die Geschwulst gespannt und kleiner als die äußeren.

Der rechte Kitzler liegt der Schamfuge um 1 cm näher als der linke. 1½ cm unter dem Kitzler befindet sich je eine Urethralöffnung. Rechtes Hymen defloriert, linkes intakt bildet eine circuläre membran.

Artikulation der Schambeine ist nicht vorhanden, die Knochenenden 2 cm von einander abstehend; Symphysenspalte, die durch Bauchwand und weiche Gebilde ausgefüllt ist.

Die Geburt, die schließlich wegen Wehenschwäche durch Extraktion (Steißlage) beendet wurde, ergab lebendes Kind im Gewicht von 2800 g und 49 cm Länge. Bei der Untersuchung post partum findet man den linken Uterus im kleinen Becken in retrovertierter Lage. Größe entspricht einem im II. Monat graviden Uterus. Aus der linken Scheide tritt kein Sekret zu Tage. Rechter Muttermund klafft, Ränder sind eingerissen. Rechter Uterus steht in der Mittellinie, zu beiden Seiten finden sich Hervorragungen, die den gefüllten Blasen entsprechen. Mittels des Katheters ging durch die rechte Harnröhre 120 g durch die linke 100 g Harn ab, worauf die vorher fühl- und sichtbaren Anschwellungen zu beiden Seiten des Uterus verschwanden.

Im Wochenbett entleerte sich der Harn aus der rechten Harnblase von selbst, während die linke 2mal täglich bis zum siebenten Tage katheterisiert werden mußte.

Vor und nach der Geburt wurde Patientin regelmäßig menstruiert. Zuerst aus der rechten Scheide 2—3 Tage dauernd, dann aus der linken viel sparsamer 1½ Tag dauernd. Ähnlich verhielt es sich mit dem Urinieren. Der

Harn floß zuerst immer aus der rechten Blase ab, nachher aus der linken. Aus der rechten entleerte sich 2 -3 mal mehr Harn als aus der linksseitigen. Zum Nachweis der beiden Blasen spritzte Engel durch die eine Urethra Milch, durch die andere Wasser. Entsprechend wurden auch die Blasen einzeln entleert, eine Mischung der Flüssigkeiten hatte nicht stattgefunden. Der Inhalt der rechten Blase verhält sich zu dem der linken wie 4 : 3.

Außer diesem Fall von Engel, in dem es sich um eine normal verlaufene Geburt bei Verdoppelung des Uterus, der Scheide, der Harnblase und Urethra handelt, gibt es nach Boije,s Meinung kein ähnliches 3jähriges Kind, als das im folgenden beschriebene: Das letzte Halbjahr Incontinentia urinae, Vorfall einer Harnblase. Beim Harnlassen strömt der Harn in kräftigen Strahl durch die Urethralmündung an gewöhnlicher Stelle. Dann drängt sich in die Vulva eine Blase von der Größe eines Fingerendes, durch Druck entleert sie sich durch eine feine Öffnung unter dem normalen Ostium Urethrae. Die eigentliche normale Harnblase hält normalen Harn, die kleinere ebenso aber helleren an Harnstoff ärmeren und in kleinerer Quantität 20 -25 ccm. Nach Dilatation der kleinen Öffnung bleibt der Vorfall und die Inkontinenz aus. Durch Einspritzung von gefärbten Flüssigkeiten will er bewiesen haben, daß die beiden Blasen in keiner Kommunikation mit einander stehen. Die große gibt nach Boije's Angabe p. d. 420 ccm, die kleinere 40 ccm. Boije glaubt, daß entweder eine überzählige oder eine rudimentäre Niere, die sich in die kleine Blase entleert, vorliegt, glaubt aber selbst, nicht ganz ausschließen zu können, daß die kleine Blase ein Urethraldivertikel sei.

Diese Ansicht oder die Vermudung, daß es sich um einen nach der Harnröhre divertikelartig erweiterten paraurethralen Gang handelt, dessen Lumen an der Mündungsstelle außen stenosiert ist, scheint mir fast die wahrscheinlichere zu sein, denn es ist doch etwas auffällig, daß die angeblich II. Blase sich erst füllt und sichtbar wird, wenn der Urin aus der ersten Blase gelassen ist.

Überblicke ich noch einmal die mannigfachen Ulcerationen, Abscedierungen und Doppelbildungen, die sich in nächster Nähe der Urethra abspielen, so möchte ich ausschließen, daß es sich um eine Doppelbildung gehandelt hat, Doppelbildungen der Urethra allein scheinen doch sehr selten zu sein, wenn nicht auch anderweitige Doppelbildungen der Harn- und Geschlechtsorgane vorhanden sind.

Ebensowenig kann es sich um einen Prozeß handeln, der von den Skeneschen Drüsen ausgeht, hiergegen spricht die Lage oberhalb der normalen Harnröhre, derartig erweiterte paraurethrale Gänge bezw. Abscedierungen sind nur zu beiden Seiten der Urethra bezw. unterhalb derselben beschrieben worden. So komme ich dazu, anzunehmen, daß ein ulcerativer Prozeß als Ursache herangezogen werden muß und ich halte es fast für am wahrscheinlichsten, daß dieser sich einem falschen Wege, der beim Katherismus, vielleicht sogar durch ein schon vorhandenes Ulcus irregeführt, gemacht wurde, angeschlossen hat.

Es kann natürlich auch sein, daß eine anderweitige Ulceration die Ursache war, Zangenläsion. Nur möchte ich ausschließen, daß es sich dabei um eine Verschwärung gehandelt hat, wie in den von Schroeder geschilderten

Fällen. In jenen war es ein ulcerativer Prozeß, der die Harnröhre seitlich zerstörte.

Wenn aber durch eine Ulceration oder durch einen falschen Weg der neue Weg entstand, so muß durchaus irgend ein weiteres Moment hinzukommen, welches die Heilung der Ulceration verhinderte, und das kann ich nur finden in gleichzeitiger Infektion von Drüsengängen, die rings um die Urethra liegen und die entweder bei einer Verletzung oder bei der Ulceration eröffnet wurden, und deren Sekret in den neuen Weg geliefert wurde und den Kanal offen hielt.

Damit stimmt auch vollkommen die Angabe in der Anamnese, daß die Patientin im Wochenbett einen Blasenkatarrh gehabt hat; jedenfalls schloß sich an die Entbindung eine Infektion an.

Zum Schluß möchte ich für Überlassung des Falls Herrn Geheimrat Prof. Dr. Veit meinen besten Dank aussprechen.

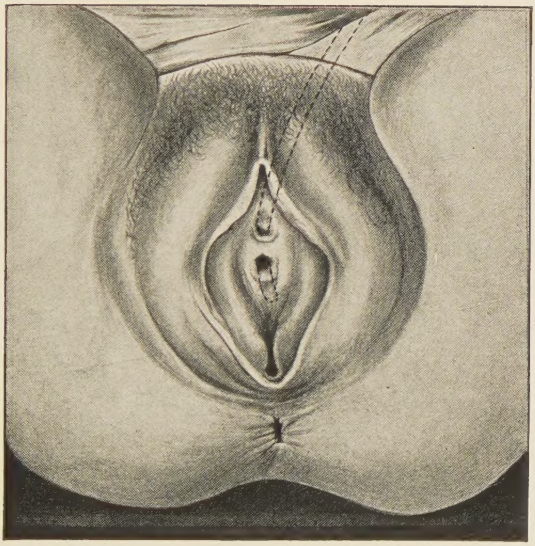
Literatur.

1. De Bary, Virchows Archiv, Bd. 106.
2. v. Boije, A., Doppelte Blase mit doppelter Urethra Finska Läkuresäll. Handbl 1897, No. 10, Ref. Zentralblatt für Gyn. 1898, p. 1045.
3. Bumm, E., Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handbuch der Gynäkologie, J. Veit, 1907, Bd. II, p. 47 ff. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
4. Engel, Geburt bei doppelten Geschlechtsteilen und doppelter Harnblase und Harnröhre. Arch. für Gyn. Bd. 29, p. 43 (1887).
5. Fellner, Otfried, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gyn. 1907, Bd. XXV, p. 319 ff.
6. Fürst, Doppelbildungen der weiblichen Harnwege. Archiv für Gyn. 1876, Bd. 10.
7. Hoffmann, W., Beitrag zur Lehre von den Urethraldivertikeln beim Weibe. Inaug.-Diss., Leipzig 1901.
8. Josephson, C. D., Über echte und unechte Urethraldivertikel beim Weibe. Nord. med. Archiv, Bd. 30, No. 23, Ref. Zentralblatt für Gyn. 1897, p. 1334.
9. Keibel, F., und F. P. Mall, Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen, Bd. II, Leipzig S. Hirzel.

10. Kölliker, Handbuch der Gewebelehre des Menschen, Bd. III, Leipzig 1902, W. Engelmann.
11. Macdonald, Abnormal conditions affecting the urethra and bladder of a girl aet. 14 years. Edingburgh, medic. journal. Vol. 39, part. II.
12. Schroeder, Über chronische Ulcerationen an der vorderen und hinteren Commissur der Vulva. IV. Jahrgang der Charitéannalen.
13. Stoeckel, Erkrankungen der weiblichen Harnorgane. Handbuch der Gynäkologie, J. Veit, 1907, Bd. II, p. 273 ff. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

Lebenslauf.

Ich, Carl Alfred Schild, wurde geboren am 14. Januar 1871 zu Hannover, bin wohnhaft auf der Nordseeinsel Nordstrand, preuß. Staatsangehöriger evang. Konfession. Das Gymnasium Lyceum II zu Hannover, verließ ich mit dem Zeugnis der Reife, Ostern 1891. Ich studierte darauf Medizin in Marburg 2, Würzburg 2, Berlin 2, Göttingen 5, Leipzig 1, Halle 6 Semester. Die ärztliche Vorprüfung beendete ich in Leipzig 1896. Ich hörte Vorlesungen unter anderen bei

Prof. Bergmann, Winter, Ebstein, König, Runge, Meyer, Orth, Trendelenburg, Kurschmann, v. Bramann, v. Hippel, Fehling, Fraenkel, Weber, Harnack, Eberth.

Approbation erhielt ich in Halle am 23. IV. 1901. Während der Studienzeit genügte ich meiner Militärpflicht mit der Waffe, später als einjähriger Arzt. Darauf war ich 2 Jahre Irrenarzt, seit 8 Jahren praktischer Arzt auf Nordstrand. Das Colloquium fand statt am 15. XII. 1911.